

Materiał i metoda:

Od grudnia 1997 roku włączono do badania 16 chorych z rozpoznaniem nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca (NSCLC). Oceny stopnia klinicznego zaawansowania raka dokonano przy użyciu klasyfikacji TNM/UICC stwierdzając stopień I/II u 6 chorych, stopień IIIA u 5 chorych, stopień IIIB u 2 chorych. W 3 przypadkach radioterapię zastosowano z powodu miejscowej i/lub regionalnej wznowy po uprzednim leczeniu chirurgicznym. U większości chorych (11/16 - 69%) stwierdzono utkanie raka płaskonabłonkowego. Na podstawie obrazów tomografii komputerowej wykonanych w pozycji terapeutycznej dokonywano trójwymiarowego planowania leczenia z zastosowaniem TMS (Helax) z wykorzystaniem BEV (beams eye view). We wszystkich przypadkach zastosowano elektywne napromienienie do dawki 56 Gy węzłów chłonnych (w.ch.) z objęciem niezajętych w. ch. wnęki, przed/i przytchawicznymi po stronie guza oraz w.ch. pod rozwidleniem tchawicy (grupy 2,3,4,5,6,7 wg klasyfikacji AJCC). W punkcie referencyjnym ICRU (obszar GTV z 1-centymetrowym marginesem tkanek zdrowych) dawka całkowita wynosiła 74 Gy u 13 chorych (81%), 72 Gy u 2 chorych i 70 Gy u 1 chorego. Stosowano frakcjonowanie konwencjonalne (dawka frakcyjna 2 Gy przez 5 dni w tygodniu). Wielkość GTV (guz i/lub powiększone węzły chłonne) z 1-centymetrowym marginesem wahała się od 61 cm³ do 400 cm³, średnio 191 cm³. DVH były oceniane dla obydwu płuc, serca, przełyku i rdzenia kręgowego. Ostry odczyn popromienny oceniano w skali WHO, a późny odczyn w skali RTOG/EORTC.

Wyniki:

Okres obserwacji jest krótki (średnio 112 dni). Jeden chory nie ukończył leczenia z powodu ujawnienia się odległych przerzutów. 11 chorych (11/16 - 69%) żyje bez cech klinicznej progresji. U 2 chorych z tej grupy stwierdzono całkowitą regresję nowotworu (w 1 przypadku potwierdzoną histologicznie). U 1 chorego, po częściowej odpowiedzi na leczenie, wystąpiła progresja w napromienianym polu. U 1 chorego stwierdzono przerzut do węzłów chłonnych nadobojczykowych nieobjętych napromienianiem. U 2 chorych z częściową odpowiedzią na leczenie wystąpiły odległe przerzuty w trakcie obserwacji. Średnia dawka podana na obszar płuc wahała się od 11 do 25 Gy (średnio 18 Gy). Maksymalna dawka na rdzeń kręgowy nie przekraczała 50 Gy (w 1 przypadku wyniosła 52 Gy z powodu błędu technicznego). Tolerancja leczenia była dobra. U 1 chorego stwierdzono III stopień toksyczności (wg WHO) ze strony przełyku.

Wnioski:

Bezpośrednia tolerancja leczenia z zastosowaniem dawki całkowitej powyżej 70 Gy z użyciem technik konformalnych w radioterapii NSCLC jest dobra. Dla oceny późnej toksyczności i przydatności DVH do jej przewidywania konieczne jest dłuższy okres obserwacji. Również ocena spodziewanego wpływu podwyższenia dawki na miejscową wyleczalność i przeżycie będzie możliwa po uzyskaniu większej liczebności materiału. Wstępne wyniki zachęcają do kontynuowania badania. Konieczność elektywnego napromieniania węzłów

chłonnych u chorych z NSCLC wymaga potwierdzenia w kontrolowanym badaniu klinicznym.

69P

"Badania nad apoptozą komórek raka płaskonabłonkowego jamy ustnej."

K. Adamska, J. Skowronek, K. Filipiak*, W. Warchol**

I Oddział Radioterapii Ogólnej, WCO w Poznaniu

*Zakład Radiobiologii i Biologii Komórki AM w Poznaniu

**Katedra i Zakład Biofizyki AM w Poznaniu

Cel pracy:

Programowana śmierć komórki (apoptoza) jest procesem prowadzącym do śmierci komórki, który zachodzi również w guzach nowotworowych. Celem pracy było zbadanie zależności pomiędzy występowaniem apoptozy a wybranymi cechami klinicznymi i histopatologicznymi w grupie chorych na raka jamy ustnej. Ponadto porównano odsetki komórek apoptotycznych z ploidią badanych guzów.

Materiał i metody:

Materiał do badań stanowiły świeże wycinki z guzów nowotworowych jamy ustnej pobranych w trakcie zabiegu operacyjnego. Komórki do badań izolowano enzymatycznie i barwiono metodą Feulgena. Z przygotowanych komórek wykonywano rozmazy, które analizowano przy pomocy cytometru obrazowego. Odsetek komórek w poszczególnych fazach cyklu i apoptozie oceniano przy użyciu programu CY-FIT.

Wyniki:

Stwierdzono dużą różnorodność badanego materiału. Odsetek komórek apoptotycznych nie był powiązany z wybranymi cechami klinicznymi i histologicznymi. Ponadto nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych odsetka komórek apoptotycznych od ploidi guza.

70P

"Użyteczność oznaczenia stężenia CEA w surowicy krwi w monitorowaniu pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego."

T. Bojarowski, K. Bojarowska, I. Gisterek

Katedra Onkologii AM we Wrocławiu

Celem badania było stwierdzenie czy oznaczanie poziomu CEA u chorych operowanych z powodu raka jelita grubego przynosi korzyści pod postacią wcześniejszego wykrywania wznowy (w okresie bezobjawowym) i czy to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zastosowania radykalnego leczenia nowotworu nawrotowego.

Materiał do badań stanowiły dane dotyczące 123 pacjentów poddanych pierwotnie radykalnym zabiegom operacyjnym z powodu raka jelita grubego w latach 1992-1994 w Oddziałach Chirurgicznych Dolnośląskiego Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu.

Wśród chorych było 70 mężczyzn (57%) i 53 kobiety (43%). Nowotwór najczęściej - w 94 przypadkach (76,4%) - zlokalizowany był w odbytnicy, w pozostałych przypadkach guz miał lokalizację w okrężnicy.